

Kāds ir reālais priekškambaru fibrilācijas pacientu skaits?

Oskars Kalējs,

Dr.med., profesors, kardiologs, RSU Iekšējās slimību katedra, P. Stradiņa KUS, Latvijas Kardioloģijas centrs

Īsumā

Var rasties jautājums – cik gan daudz var runāt par priekškambaru fibrilāciju un ar to saistītām problēmām? Diemžēl jau 1997. gadā Braunvalds (*Braunwald*) Šatokas lekcijā brīdināja, ka nākamajā gadu tūkstoši pasauli gaida divas epidēmijas: sirds mazspēja un priekškambaru fibrilācija (*Two new epidemics of cardiovascular disease are emerging: heart failure and atrial fibrillation*). Tas, ka sirds mazspēja un priekškambaru fibrilācija jau katra par sevi ir būtisks kopējo kardiovaskulāro risku un mirstību veicinošs faktors, jau pierādīts, taču... ir vairāki aspekti, kāpēc šīs tēmas joprojām ir aktuālas.

Lai spētu atbildēt uz virsrakstā uzdoto jautājumu, nepieciešams precizēt vairākus jēdzienus. Pirmkārt – priekškambaru fibrilāciju (PFib, angl. *atrial fibrillation* – AF) atbilstoši 2012. gada Eiropas Kardiologu biedrības (*ESC – European Society of Cardiology*) un 2014. gada Amerikas Sirds asociācijas (*AHA – American Heart Association*) un Sirds ritma biedrības (*HRS – Heart Rhythm Society*) vadlīnijām iedala valvulāras un nevalvulāras ģenēzes PFib. Kā valvulāra definēta tāda PFib, kuras attīstība un mehānismi ir cieši saistīti ar patofizioloģiskajām pārmaiņām, kas notiek priekškambaros sirds vārstu slimību/bojājumu rezultātā. Galvenā slimība ir nopietns mitrālā vārstuļa bojājums neatkarīgi no ģenēzes. Nevalvulāra PFib ir jebkuras citas ģenēzes PFib – vai tā ir idiopātiska jeb primāra (*“lone AF”*), vai tāda PFib, kura ir sekas citu slimību izraisītām patofizioloģiskajām pārmaiņām. 2008. gadā Sings un līdzautori [22], izmantojot dažādu profesionālo asociāciju datus, prognozēja priekškambaru fibrilācijas (PFib) pacientu skaitu: ASV 3 miljonus, Eiropā 4,5 miljonus un Japānā 1,5 miljonus pacientu ar paredzamo pieaugumu līdz 2050. gadam 3–4 reizes, taču, uzlabojoties diagnostikas iespējām, parādoties jaunām tehnoloģijām un mainoties PFib norises koncepcijai un izpratnei par mehānismiem, 2011. gadā publicēta jau daudz pesimistiskāka prognoze [21] – Eiropā aptuveni 11,4 miljoni, ASV 7,45 un Japānā 3,2 miljoni pacientu ar PFib. Kāpēc tāds pieaugums?

Pirmkārt, PFib incidence tiešā veidā saistīta ar populācijas novecošanos. Vecumā pēc 65 gadiem PFib sastopamība strau-

ji pieaug, un populācijā virs 80 gadiem katrs desmitais ir ar iespējamu PFib. Medicīnas līmenis gan Rietumeiropas valstīs, gan ASV, Kanādā, attīstītākajās Āzijas valstīs ievērojami pārgarina dzīvildzi, un secīgi pieaug potenciālo pacientu skaits.

Otrkārt, populācijā palielinās tādu slimību gadījumu skaits, kuras tieši sekmē PFib attīstību, – arteriālā hipertensija, koronārā sirds slimība, metabolais sindroms, cukura diabēts.

Treškārt, ir būtiski mainījušās un uzlabojušās diagnostikas iespējas. Un šeit vietā pieminēt **PFib diagnostikas soļus**.

- Sūdzības. Tipiskās PFib pacientu sūdzības ir sirdsklauves un nespēks, taču, pēc Amerikas Kardiologu kolēģijas žurnāla 2014. gada 63. numurā [23] publicētajiem datiem, permanentai un ietilgušai persistējošai PFib sirdsklauves nav raksturīgākās sūdzības. Nereti dominē nespēks, nogurums, galvas reiboņi un elpas trūkums, kas tieši apliecina sirds mazspējas attīstību. 30–40% gadījumu, pēc Hlīlija (*Healey*) datiem [24], PFib ir subklīniska vai vispār bez simptomiem, ko apliecina arī Gerharda Hindriksa (*Gerhard Hindriks*) dati, par kuriem viņš ziņoja Sirds ritma biedrības (*Heart Rhythm Society*) 2013. gada kongresā.

- Objektīvie izmeklējumi: pulss, auskultācija. Lai tos veiktu, pacientam jāvērsās medicīnas iestādē, taču liela daļa pacientu vai nu ārstu apmeklē reti, vai apmeklējumu reizēs PFib netiek fiksēta, vai ir kādi citi iemesli, kāpēc tā paliek neidentificēta. Arī arteriālā spiediena mērījumi normosistoliskās PFib gadījumos nereti var radīt maldīgu iespaidu par pareizu sirds ritmu.

Lekcija par šo tēmu nolasīta LĀB starpdisciplinārajā konferencē 2014. gada 24. maijā.

- Elektrokardiogrāfija. EKG ir precīza metode, tikai... standarta EKG pieraksts ilgst aptuveni 10 sekundes. Ja šajā laikā ir sinusa ritms, tad PFib paliek neidentificēta.
- Holtera monitorēšana. 24 vai 48, vai 72 stundu laikā PFib var arī neparādīties vai tikt pierakstītas tikai atsevišķas supra-ventrikulāru ekstrasistolu grupas vai īslaicīgas priekškambaru tahikardijas epizodes, kuras var tikt novērtētas.
- Implantējamā ritma reģistrācijas iekārta. Reāli darbojas un reģistrē sirds ritmu līdz 36 mēnešiem. Šī ir iespēja fiksēt PFib, kura norit asimptomātiski, epizodes nav biežas un/vai to izpausme nav saistīta ar sirdsklauvēm.

Tātad – uzlabojoties diagnostikas iespējai, palielinās PFib atpazīšanas iespējas. Vilke 2013. gadā [25] publicēja vairāku ziņojumu apkopojumu par PFib sastopamību dažādās vecuma grupās. (Skat. 1. attēlu.)

Kā redzams, tad PFib prevalences sāk strauji pieaugt pēc 60 gadu vecuma un, pēc dažādu avotu datiem, pēc 75–80 gadu vecuma pārsniedz 12%. Pēc tiem pašiem Vilkes datiem, Vācijā 2009. gadā tika apzi-

PFib sastopamība dažādās vecuma grupās dažādu autoru pētījumos (adaptēts no [25]).

